***Modello 05.17***

**Valutazione Etica e Autocertificazione dei Fornitori**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| REV. | DATA | NOTA DI REVISIONE |
| 0 | 06/06/2022 | Prima emissione |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| COPIA N.: | 🞏Controllata | DATA CONSEGNA | CONSEGNATA A |
|  | 🞏Non Controllata |  |  |
| Verificato dal:   * SPT * Rappresentante dei lavoratori per la SA8000:2014 |  | Approvata dal Senior Management |  |

*□ Anticipato a mezzo Fax al n.* Spettabile

*□ Inviato a mezzo posta MAIL*

*□ Recapitato a mano*

Flumeri, 06/06/2022

***Oggetto: Elenco fornitori qualificati - Compilazione Questionario valutazione fornitori.***

Al fine di poter valutare la possibilità di avviare e/o mantenere rapporti di fornitura da parte della Vostra Impresa, Vi preghiamo cortesemente di voler compilare il presente questionario informativo.

Cogliamo altresì l’occasione per garantirVi che, in ottemperanza alla D. Lgs. 196/2003, utilizzeremo le informazioni e i dati esclusivamente per fini commerciali, secondo quanto indicato nella normativa acclusa. Dichiariamo inoltre che le informazioni e i dati non saranno trasferiti all’esterno della nostra azienda senza Vostra specifica autorizzazione.

Al fine della stesura dei contratti il presente questionario deve essere rispedito per fax o mail compilato in ogni sua parte, per i Subappaltatori completo di tutti gli allegati richiesti.

Il Responsabile degli Acquisti

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Per chiarimenti contattare |  |  |  |  |

# PARTE 1A – DATI GENERALI

**Anagrafica**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| RAGIONE SOCIALE |  |  |
| SEDE LEGALE | *Città - Provincia - CAP* |  |
|  | *Indirizzo* |  |
|  | *Recapito* | *Tel./Fax e-mail* |
|  | *Partita IVA* |  |
|  | *Codice Fiscale* |  |
| SEDE OPERATIVA | *Città - Provincia - CAP* |  |
|  | *Indirizzo* |  |
|  | *Recapito* | *Tel./Fax e-mail* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LEGALE RAPPRESENTANTE | *Nominativo* |  |
|  | *Data e Luogo di nascita* |  |
|  | *Codice fiscale* |  |
| REFERENTE COMMERCIALE | *Nominativo* |  |
|  | *Recapito* | *Tel./Fax e-mail* |
| REFERENTE SA8000:2014 | *Nominativo/Qualifica* |  |
|  | *Recapito* | *Tel./Fax e-mail* |
| *ISCRIZIONI* | *CCIAA R.E.A n.* | *Provincia* |

**Tipologia prestazioni e forniture**

|  |
| --- |
| DESCRIZIONE |
|  |
|  |

**Ambito territoriale di azione**

|  |  |
| --- | --- |
| Provincia *(specificare)*: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Regione (*specificare*): |  |

Territorio nazionale SI  NO

## PARTE 1 B – DATI PER SERVIZI DI SUBAPPALTO, NOLI E FORNITURE IN OPERA

**Posizioni**

|  |  |
| --- | --- |
| *INAIL (\*)* | *n° provincia :* |
| *INPS (\*)* | *n° provincia :* |
| *Cassa mutua edile 1 (\*)* | *n° provincia :* |
| *Cassa mutua edile 2 (\*)* | *n° provincia :* |
| *Cassa mutua edile 3 (\*)* | *n° provincia :* |
| *PAT INAIL* |  |

***(\*) Allegare copia del certificato di regolarità contributiva valido (DURC).***

**Organizzazione della sicurezza** (*D. Lgs 81/08 e 106/09)*

|  |  |
| --- | --- |
| *Data redazione Valutazione rischi/Autocertificazione* |  |
| *Nominativo Datore di Lavoro* |  |
| *Nominativo responsabile servizio prevenzione protezione* |  |
| *Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza* |  |
| *Nominativo medico competente* |  |

**A completamento dei dati sopra riportati dovranno essere tramessi tutti i documenti richiamati nell’allegato 1 al presente questionario.**

**Dipendenti nell’ultimo biennio**

|  |  |
| --- | --- |
| Operai/autisti | *anno n°*       *anno n°* |
| Impiegati | *anno n°*       *anno n°* |
| Quadri | *anno n°*        *anno n°* |
| Dirigenti | *anno n°*       *anno n°* |

**Organizzazione per la Responsabilità Sociale**

* *Codice Ateco:*
* *Contratto applicato*:

Commercio  Chimici  Meccanici  Edilizia  Trasporti  Aziende di Servizi  Altri Vari

* *L’azienda ha qualche tipo di certificazione?*

Si  No  In corso

* *Se si, quale?*

Iso 9001   Iso 14001  Ohsas 18001  Sa8000:2014  Altro

* *L’azienda ha un’unica sede?*  *Si*  *No Se No quante sedi ha? N°*       *Dove?*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Rapporto | N° donne | N° uomini | Nazionalità non Italiana |
| Lavoratori a tempo indeterminato |  |  |  |
| Lavoratori con contratto a termine |  |  |  |
| Lavoratori Part Time |  |  |  |
| Lavoratori a domicilio |  |  |  |
| Lavoratori con contratto di apprendistato |  |  |  |
| Lavoratori con contratto a progetto |  |  |  |
| Altro, specificare: |  |  |  |

**Note:**

**Le aziende certificate SA8000 o che non hanno dipendenti possono omettere la compilazione della parte seguente del questionario,**

**Dati ulteriori riguardanti il personale:**

* *Numero medio di ore lavorate al giorno:*
* *Età media dei dipendenti:*
* *Avete lavoratori che hanno meno di 15 anni?*  Si   No
* *Avete lavoratori tra i 15 ed i 18 anni?*  *Si*  *No*
* *Sono trattenuti in originale i documenti dei lavoratori?*  *Si*  *No*  *a volte*
* *Numero di giorni di riposo settimanale:*
* *Orario settimanale*
* *Giorni di ferie all’anno:*
* *Sono effettuati dei turni di lavoro?*  Si   No
* *Le ore di straordinario, se ci sono, come sono gestite?*
* Regolarmente Retribuite   Recuperate in maniera maggiorata
* *Altro(Specificare):*
* *L’azienda, se italiana e se ne detiene l’obbligo, ha ottemperato all’inserimento di persone svantaggiate, ai sensi della legge 68/99?  Si  No  sta provvedendo*

***ESCLUSIVAMENTE PER AFFIDATARI, SUBAPPALTATORI O FORNITORI IN OPERA SI ALLEGA UNA SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE CHE DEVE ESSERE RIEMPITA, FIRMATA E RITRASMESSA AL NOSTRO INDIRIZZO UNITAMENTE AL PRESENTE QUESTIONARIO.***

***Codice Etico (ex D.Lgs 231/01)***

* *L’Organizzazione opera secondo un proprio Codice Etico?  Si  No*
* *Se la risposta è NO:*
  + *L’O si rende disponibile a rispettare quello del Committente?  Si  No*
  + *L’O è disponibile ad essere monitorato da personale CEA anche in sede propria?*  Si  No

**GHI DI LAVORO**

Il sottoscritto Responsabile dell’Organizzazione dichiaro di aver compilato il modulo in modo veritiero e con la piena consapevolezza:

Data, La Direzione (Timbro e Firma)

DICHIARAZIONE PER L’IMPEGNO NEI CONFRONTI

DEI REQUISITI DELLA NORMA SA8000:2014

*L’azienda\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Nella persona del Legale Rappresentante Sig.*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiara di:

* *rendersi disponibile ad eventuali attività di monitoraggio da noi richieste*
* *impegnarsi a seguire criteri di gestione socialmente responsabile relativamente ai seguenti REQUISITI della NORMA SA 8000:2014:*
* *LAVORO INFANTILE*
* *LAVORO FORZATO O OBBLIGATO*
* *SALUTE E SICUREZZA*
* *DISCRIMINAZIONE*
* *LIBERTA’ DI ASSOCIAZIONE E DIRITTO ALLA CONTRATTAZIONE COLLETTIVA*
* *PROCEDURE DISCIPLINARI*
* *ORARIO DI LAVORO*
* *RETRIBUZIONE*

Per accettazione,

Data Timbro e Firma

***Informativa sul trattamento dei dati personali EX D.Lgs. 196/03 – Art. 13***

*I dati personali forniti dalla Vs. Organizzazione saranno trattati, anche mediante strumenti e procedure informatiche, per la valutazione della conformità dei fornitori rispetto ai requisiti dello standard SA8000.*

*I dati conferiti potranno essere comunicati a consulenti e valutatori impegnati nel processo di certificazione della Ns. società; il conferimento dei dati ha natura facoltativa; il mancato conferimento, anche parziale, può comportare l’impossibilità di mantenere attivi rapporti di fornitura con la Ns. società.*

*La Vs. Organizzazione ha diritto di: conoscere se e quali dati sono in ns. possesso, le modalità e finalità del trattamento, gli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e degli incaricati, dell’ambito di comunicazione; di ottenere l’aggiornamento, la rettifica, l’integrazione, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati; di opporsi, parzialmente o totalmente al trattamento.*

*Per l’esercizio dei diritti di cui sopra, Vi preghiamo di inviare una e-mail all’indirizzo* trasportielogisticaloconte@gmail.com *indicando come oggetto “PRIVACY”.*

*Titolare del trattamento è* ***TRASPORTI E LOGISTICA LO CONTE SRL.****; l'elenco dei responsabili può essere conosciuto agevolmente richiedendolo al titolare indicato.*

*Dichiaro di aver preso visione dell’informativa fornitami ai sensi dell’art. 13 del D. Lgs. 196/03 ed esprimo il consenso al trattamento dei dati personali dell’Organizzazione, coerentemente all’informativa di cui sopra.*

**Data Timbro e Firma**

|  |
| --- |
| ALLEGATO 1  Documenti inerenti il D.Lgs. 81/2008  (per i Subappaltatori con dipendenti) |

* Dichiarazione Sostitutiva di Atto Notorio da stampare su carta intestata, timbrata e firmata; (Vedi allegato sotto);
* Copia carta d'identità Legale Rappresentante;
* Copia del Certificato d'Iscrizione alla camera di Commercio, Industria, Agricoltura ed Artigianato in corso di validità;
* Copia del Documento Valutazione dei rischi;
* Copia delle certificazioni CE di mezzi ed attrezzature e relativo elenco;
* Copia nomina del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione e relativo attestato;
* Copia attestato Rappresentante dei Lavoratori;
* Attestato Pronto Soccorso in corso di validità (durata 3 anni);
* Attestato Antincendio;
* Copia attestati lavoratori addetti al cantiere (corsi vari ecc.);
* Copia nomina del medico competente;
* Copia Libro Unico Lavoratori relativa ai lavoratori impiegati nel cantiere;
* Copia comunicazione dell’assunzione al SARE (Unilav);
* Copia Contratto di assunzione per ogni dipendente presente in cantiere;
* Copia tesserino di riconoscimento che viene consegnato all’addetto in cantiere (secondo normativa 136/2010 Art. 18 comma 1 lettera u);
* Copia Idoneità sanitaria lavoratori addetti al cantiere;
* DURC aggiornato;
* Eventuale copia dei bollettini già versati e copia dell’autorizzazione alla rateizzazione ( nel caso in cui il durc è pagato ratealmente);
* POS;